

3. Мониторинг кислотно-щелочного баланса полости рта и буферной ёмкости ротовой жидкости с помощью лабораторных и экспресс-методов.
4. Контроль минерализующего потенциала ротовой жидкости с помощью лабораторных и экспресс-методов.
5. Контроль микробного состава зубного налёта.
6. Контроль иммунологических показателей полости рта.
7. Санация полости рта.
8. Мониторинг фонового заболевания.

Выводы.

1. Изучены источники научно-практической литературы по вопросу профилактики стоматологических заболеваний у детей с патологией ЖКТ.
2. Проанализированы методы профилактики стоматологических заболеваний у детей с патологией ЖКТ и выявлены наиболее эффективные по данным литературных источников, которые включают мониторинг фонового заболевания и раннюю диагностику доклинических факторов риска хронического рецидивирующего афтозного стоматита, эрозий эмали, хронического простого гингивита и галитоза.
3. Составлена типовая схема профилактики стоматологических заболеваний у детей с патологией ЖКТ.

Литература:

1. Лазарева Л. А. Анализ заболеваемости детей и подростков болезнями органов пищеварения / Л. А. Лазарева, Е. В. Гордеева // *Международ. науч.-исслед. журн.* – 2017. – № 01. – Ч. 1. – С. 133–135.
2. Rogers, R.S. Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristics and associated systemic disorders / R.S. Rogers // *Semin Cutan Med Surg.* – 1997. – Vol.16(4). – P. 278–283.
3. Гахва, С.И. Комплексный подход к лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов с хроническим гастритом / С.И. Гахва, О.В. Шкаредная, Е.Д. Пятова // *Стоматология.* – 2013. – № 92(6). – С. 16–19.

УДК 616.31:614.2

АТРАВМАТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Жаркова О.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Построение работы врача-стоматолога по принципам атравматичной стоматологии позволяет сохранить стоматологическое здоровье пациента на долгие годы, снизить риск долгосрочных осложнений.

Профилактические и лечебные мероприятия должны базироваться на принципах минимальной интервенции:

1. Как можно раньше определить и оценить любые потенциальные факторы риска развития кариеса
2. Предотвратить развитие кариеса путем полного устранения или сведения к минимуму факторов риска
3. Восстановить и вылечить деминерализованную эмаль и дентин и защитить их от дальнейших повреждений
4. Назначить пациенту режим повторных осмотров, частота которых зависит от степени подверженности пациента риску развития кариеса [1].

Доказано, что у пациентов со сниженной кариесрезистентностью твердых тканей зубов, с высокой и очень высокой степенью активности кариеса характерен более значимый процент неудач при реставрационной терапии с использованием композиционных материалов, меньший срок службы данных реставраций, а так же высокий процент развития осложнений после лечения кариеса [1,2].

Восстановление зубных тканей значительно поврежденных в результате декальцинации или другими факторами, реставрациями из композиционных материалов не гарантирует долговременный положительный результат стоматологического лечения, что в последующем может сказаться на авторитете доктора. (рис. 1, 2)



Рис. 1. Врач-стоматолог и минимальная интервенция



Рис. 2. Выбор тактики лечения и материала

Лечение поврежденных твердых тканей зубов способных к реминерализации и восстановлению у таких пациентов должно осуществляться через «отсроченную» или постоянную реставрацию с использованием усовершенствованных стеклоиономерных цементов (СИЦ).

Особенно актуальным является применение высокореминерализующих СИЦ в клинических ситуациях, когда над пульповой камерой остается небольшой слой деминерализованного дентина (внутренний слой пораженного околопульпарного дентина) в котором еще сохранена органическая матрица и соответственно он способен к реминерализации. В пульпе при этом, как правило, отмечаются проявления очагового воспаления, а последствия полимеризационной усадки композитного материала в подобной ситуации для нее особенно губительны. В этой ситуации трудно гарантировать стабилизацию кариозного процесса, а применение гидроокиси кальция в качестве лечебной прокладки вызывает сомнения [2]. Научно установлено, что кальций-содержащие лечебные прокладки имеют следующие отрицательные свойства:

1. рассасывание под пломбой, формирование микропустот;
2. нет химической связи с дентином;
3. ограниченность активности по времени лечебного воздействия;
4. нерегулируемый процесс дентинообразования может приводить не только к образованию конгломератов (дентиклей) в полости зуба, которые, механически воздействуя на пульпу зуба, могут вызвать ее воспаление, но и привести к полной кальцификации коронковой и корневой пульпы, а так же к облитерации корневых каналов.
5. гидроокись кальция нанесенная на дно кариозной полости диффундирует по дентинным канальцам через тонкий слой дентина, достигая пульпы и из-за высокого рН =

12,5, в результате чего возможно возникновение щелочного некроза, иногда тотального [2].

Диффузия ионов фтора и других апатитформирующих ионов (силикаты и ионы кальция) из цементной массы вызывает усиление минерализации твердых тканей зуба, уменьшение проницаемости дентина, реминерализацию начальных кариозных поражений, остановку или замедление оставшегося кариозного процесса [1,2]. Зубная ткань под- и около СИЦ оказывается более плотной, гиперминерализованной.

Выводы.

1. Исходя из понимания биохимических и физиологических механизмов резистентности твердых тканей зубов, методика отсроченного пломбирования является весьма актуальной, что во многом определяет благоприятный прогноз лечения низкоминерализованных тканей зубов.

2. Использование биоактивных СИЦ может занять достойное место в целом ряду клинических ситуаций, встречающихся в практике врача-стоматолога.

Литература:

1. Diagnostiquer et traiter l'Hypominéralisation Moltaire-Incursive (MIH). D. Dominici, O. Chabadel, E. Trzaskawka-Moulis. Alpha omega news, № 170, Janvier 2015.

2. Жаркова, О.А. Варианты сэндвич-техники как альтернативы кальций-содержащим прокладкам / О.А.Жаркова // Современная стоматология. – 2017. - №1. – С. 16 – 19.

УДК 579

ИЗМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ БИОПЛЕНКИ

Кабанова А.А., Мовсесян Н.А., Кабанова С.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В современной медицине растет потребность в повышении эффективности антимикробной терапии. С одной стороны, настойчиво растет число заболеваний, основным этиологическим фактором которых являются разные микроорганизмы, с другой стороны, диагностика и терапия заболеваний, вызванных бактериями и грибами, остаются недостаточно эффективными и часто не позволяют помочь пациенту [1]. Установлено, что в естественных условиях все микробы существуют не как некоторое количество самостоятельных и изолированных клеток, а находятся в составе биопленок [2]. Биопленка – сообщество микробов, которые прикреплены к поверхности или друг к другу, заключены в матрикс синтезированных ими внеклеточных полимерных веществ, имеют измененный фенотип, проявляющийся другими параметрами роста и экспрессии специфичных генов [3]. Кроме того, за последние несколько лет в мире наблюдается рост резистентности возбудителей инфекционно-воспалительных процессов к антимикробным препаратам. Антимикробная резистентность является естественным биологическим ответом на использование антибактериальных препаратов, которые создают избирательное давление, способствующее отбору, выживанию и размножению резистентных штаммов микроорганизмов [4]. В настоящее время в результате избирательного прессинга антибиотиков, применяемых в медицинской практике, распространение антибиотикорезистентности приняло глобальный характер [5].

Цель. Определить чувствительность стафилококков к антибиотикам с учетом способности формировать биопленки.